

**ESTADO DE RHODE ISLAND
DEPARTAMENTO DE NIÑOS, JOVENES Y FAMILIAS
SOLICITUD FORMAL PARA UNA AUDIENCIA**

Este formulario debe ser presentado en las **Oficinas Administrativas del Oficial de Audiencias del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias, localizado en el 101 Friendship Street, Providence, RI 02903**, dentro de un periodo de treinta (30) días de haber recibido una decisión adversa.

Por favor asegurarse de que toda la información esta completa, correcta y legible.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Todo apellido de soltera y casada debe ser incluido)

Dirección: _____ Telefono: _____

Por favor chequear todo lo que aplica a la solicitud de apelación.

Ud fue encontrado culpable de alegato(s) **de abuso y/o negligencia de un niño.**

A ud se le negó **empleo**. Si es así, de nombre de futuro patrón: _____

El Departamento de Niños y Familias le negó una **licencia**.

No se le permitió ser un **recurso de hospedaje** para un niño(s). Si es así, de el/los nombre(s) de el/los niño(s): _____

Se le negó elegibilidad de servicios para jóvenes entre las edades de 18-21 años de edad.

Otro: _____

Nota: Un pedido de apelación basado en la verificación de sus antecedentes penales debe incluir una copia de la información que le descalificó.

Brevemente diga la(s) razón(es) que desea plantear en la apelación (Por favor usar el reverso de esta pagina si requiere mas espacio.) _____

Nombre(s) y fecha de nacimiento de el/los Niño(s) involucrado(s) en esta apelación: _____

Nombre & Dirección de la Madre: _____

Nombre & Dirección del Padre: _____

Nombre & Dirección de el/los Padre(s) de Crianza: _____

Nombre del Investigador: _____

Nombre del Trabajador Social: _____

Nombre de otro trabajador involucrado: _____

Entiendo que puedo ser mi mismo representante o ser representado por un abogado.

El Departamento, de acuerdo con el Capitulo VI, Acta de Derechos Civiles de 1964, y otras regulaciones Federales y Estatales, no discrimina basado en la raza, color, origen nacional, edad, sexo, identidad de genero o expresión, orientación sexual, creencias religiosas, creencias políticas o discapacidad al admitir, acceso a/o trato en el trabajo, sus programas o actividades. El Oficial de Igualdad del Departamento atenderá toda audiencia donde la discriminación es disputa ante el Oficial de Audiencia.

Firma del Demandante: _____